

平成 年 月 日

各務原市 健康福祉部 介護保険課長 宛

事業所名 印
施設長
(連絡先)

特例入所申込者に対する判定について (報告)

平成 年 月 日付け 各介第 号にて意見を頂きました下記特例入所申込者について、
下記のとおり判定しましたので報告いたします。

記

【特例入所申込者】

氏 名 _____

被保険者番号 _____

判 定 結 果 特例入所者に (該当する ・ 該当しない)

入 所 予 定 _____ 年 月 日頃 ・ 未定 _____